

Identificación de la paciente

N.º de programa _ _ _ _

Apellido _____

Fecha de la evaluación ___ / ___ / ___

N.º de ID _____

Nombre _____

**Antecedentes de tabaquismo de la paciente**

17. ¿Fuma? Incluye cigarrillos, pipas o habanos (Fuma tabaco en cualquier forma)

1. Actualmente fuma
 2. Dejó de fumar (hace 1 a 12 meses)
 3. Dejó de fumar (hace más de 12)
 4. Nunca ha fumado

18. ¿Aproximadamente cuántas horas al día pasa en la misma habitación o vehículo con alguien que fuma?

___ Horas Menos de una Ninguna

Completar por el coordinador del programa: (de 1 a 3, marque todas las que correspondan)

19. Paciente :

1. Remisión por fax a una línea para dejar de fumar proactiva (*marque solo a o b*):

- a. Firmada por la participante
 b. Se brindó confirmación verbal

2. Se remitió a un programa para dejar de fumar en la comunidad local
 3. Recibió información para contactar la línea de apoyo telefónica (Quitline) para dejar de fumar
 4. No se remitió a ninguna línea de apoyo telefónica (Quitline) o a un programa comunitario para dejar de fumar, o no se proporcionó información para contactar la línea de apoyo telefónica para dejar de fumar.
 5. Rechazó cualquier remisión o información